

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Ligia Yumi Onuki

DOR TUMORAL POR MELANOMA SIMULANDO DTM

Curitiba

2016

Ligia Yumi Onuki

DOR TUMORAL POR MELANOMA SIMULANDO DTM

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Especialista em DTM e DOF, no Curso de Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof.º Dr. Daniel Bonotto

Curitiba

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por todas as portas que me foram abertas, permitindo este momento.

À Universidade Federal do Paraná pela oportunidade de cursar a Especialização em DTM e DOF.

Ao meu orientador, Profº Dr. Daniel Bonotto, pela confiança depositada, todo o apoio e amizade e ao Profº Dr. Paulo Afonso Cunali, por toda experiência partilhada e seus esforços pela Especialidade. À eles, a palavra mestre nunca fará justiça tamanha dedicação e paixão na arte de ensinar, meus eternos agradecimentos.

Meus agradecimentos ao Profº Dr. Leandro Eduardo Kllupel e às parceiras de produção, Paola Fernanda Cotait de Lucas Corso e Camila Tomaz, por suas contribuições na elaboração deste trabalho.

Aos amigos que fiz na Especialização, todas as boas lembranças construídas e todo o crescimento ao longo dos 2 anos de curso.

À minha família expresso minha gratidão pelo apoio que sempre me deram, esta conquista também é de vocês!

RESUMO

Tumores de cabeça e pescoço são o quinto tipo de câncer mais prevalente, apresentando altas taxas de mortalidade e morbidade. O diagnóstico dessas neoplasias pode ser complexo, pois os sintomas iniciais podem ser semelhantes a outras dores orofaciais. A falha no diagnóstico adia o início do tratamento o que pode piorar o prognóstico. O objetivo deste trabalho é discutir a interface da dor tumoral simulando um quadro de Disfunção Temporomandibular (DTM) através de um relato de caso clínico de melanoma. A paciente procurou o nosso Ambulatório de DTM e Dor Orofacial com a queixa de desconforto na função mandibular e dor na região pré-auricular esquerda. Foi observada uma lesão nodular lobulada de consistência dura, séssil na região pré-auricular ipsilateral a queixa, cujo aparecimento foi há cerca de um ano. Usou dispositivo interoclusal e iniciou tratamento ortodôntico por indicação de seu dentista pela hipótese de DTM. Com o aumento do nódulo e da dor buscou atendimento especializado. Após exames complementares apresentarem anormalidades, foi encaminhada para o serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial. Na análise histopatológica do nódulo, após a biópsia incisional, foi diagnosticado o melanoma. A atenção durante o processo semiológico é importante, uma vez que neoplasias em cabeça e pescoço podem ter sintomas semelhantes à DTM, evitando tratamentos equivocados.

Palavras chaves: Melanoma; Articulação Temporomandibular; Dor Orofacial.

ABSTRACT

Head and neck tumors are the fifth most prevalent type of cancer, with high mortality and morbidity rates. The diagnosis of these tumors may be complex due to the fact that the initial symptoms might resemble other orofacial pains. Diagnosis flaws postpone the treatment initiation, which may worsen the prognosis. The aim of this paper is to discuss the interface of tumoral pain simulating a Temporomandibular Disorder (TMD) by means of a melanoma clinical case report. The patient came to the TMD and orofacial pain clinic complaining of discomfort in the jaw function, and of left pre-auricular region pain. It was observed a hard and lobulated nodular lesion, which has appeared for about a year, sessile in the ipsilateral pre-auricular region. Based on a hypothetical diagnosis of TMD, her dentist recommended that she use an interoclusal device and begin an orthodontic treatment. With the increase in the lump and in the pain, the patient looked for specialized treatment. After that additional exams showed abnormalities, she was directed to the Oral and Maxillofacial Surgery department. After incisional biopsy, by means of the hystopathologic exam, she was diagnosed with melanoma. Caution during the semiotic process is important in order to avoid wrong treatments, since head and neck cancer and TMD may have similar symptoms.

Key-words: Melanoma; Temporomandibular Joint; Orofacial Pain.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Paciente vista frontal.....	09
FIGURA 2 - Paciente vista ífero-superior.....	09
FIGURA 3 - Ecografia da lesão.....	10
FIGURA 4 - Nódulo a ser biopsiado.....	11
FIGURA 5 - Peça anatômica removida.....	11

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 RELATO DE CASO.....	09
3 DISCUSSÃO.....	12
4 CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

A dor orofacial é uma denominação de condições álgicas que acometem os tecidos moles e mineralizados da cavidade oral e da face.^[5] De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial, esta dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou até mesmo estar relacionada a cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas.^[5] Assim, devido a complexidade de estruturas anatômicas envolvidas o diagnóstico da dor orofacial pode ser um grande desafio ao clínico.^[16,25]

A dor odontogênica é a principal causa de dor orofacial, seguida pela Disfunção temporomandibular (DTM), mas outras fontes de dor podem ser observadas, como cefaleias, patologias neurogênicas, dores musculoesqueléticas, dores psicogênicas, infecções, fenômenos autoimunes, trauma tecidual e câncer.^[5,27,28,29]

Tumor na região de cabeça e pescoço corresponde ao quinto tipo de neoplasia mais comum, com incidência global de 780 mil novos casos por ano, levando a altas taxas de morbidade e mortalidade.^[4,8] As medidas mais eficazes para melhorar o prognóstico dos pacientes são prevenção e o diagnóstico precoce.^[4] Galbiatti (2013) em seu artigo, listou entre as principais causas do diagnóstico tardio a desinformação, o paciente desconsiderar certos sintomas e a falta de solicitação de exames por parte dos profissionais da saúde.^[9]

Dessa forma, este artigo tem por objetivo discutir a interface da dor tumoral simulando um quadro de Disfunção Temporomandibular por meio do relato de um caso clínico de melanoma.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 34 anos, procurou o Ambulatório de DTM e Dor Orofacial da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com a queixa de desconforto na função mandibular e dor na região pré auricular esquerda. Ao exame clínico apresentou dor moderada a palpação e na abertura bucal, presença de estalido na articulação temporomandibular esquerda, com limitação na abertura bucal e na lateralidade direita. Foi observada lesão nodular lobulada de consistência dura, sésil de aproximadamente 3 cm de diâmetro na região pré-auricular ipsilateral à queixa (FIGURA 1 e 2). A paciente relatou que o nódulo apareceu há cerca de um ano atrás.



FIGURA 1 - PACIENTE VISTA FRONTAL

FONTE: PAOLA F.C.L. CORSO (2015)

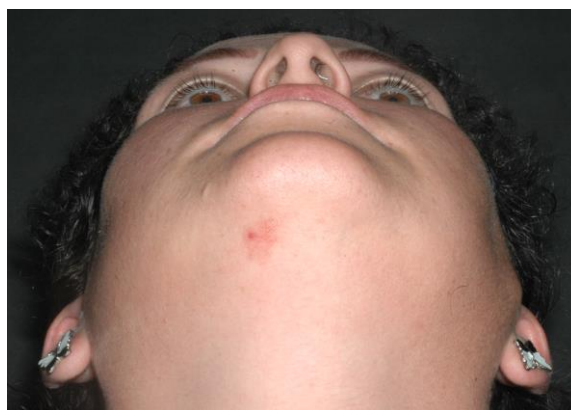


FIGURA 2 - PACIENTE VISTA ÍNFERO-SUPERIOR

FONTE: PAOLA F.C.L. CORSO (2015)

Quando a sintomatologia apareceu, a paciente procurou o dentista que cuidava de sua saúde bucal, que pela hipótese diagnóstica de DTM indicou o uso de dispositivo interoclusal. Não havendo a melhora da sintomatologia após meses de uso, ela foi orientada a iniciar tratamento ortodôntico para a mesma finalidade. Com

o aumento do nódulo e da dor, buscou atendimento especializado no ambulatório da UFPR.

No protocolo de imagens solicitado, não foi observada nenhuma alteração nas radiografias da ATM (boca aberta e fechada), panorâmica e na tomografia computadorizada cone beam. No ultrassom de tecido mole, foi possível observar uma imagem nodular com contornos bem definidos, restrita ao subcutâneo da região pré auricular esquerda, mantendo contato com o bordo superior da glândula parótida (FIGURA 3).



FIGURA 3 - ECOGRAFIA DA LESÃO

FONTE: PAOLA F.C.L. CORSO (2015)

A paciente foi encaminhada para o serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial da UFPR. Após avaliar a paciente foi solicitada tomografia computadorizada com contraste de tecidos moles, no qual foi possível ter a noção do volume da lesão que estava na região próxima à fáscia da parótida, sugerindo o encapsulamento da mesma. Devido a dificuldades financeiras, a realização da aspiração com agulha fina não foi possível. Realizou-se então uma biópsia incisional com acesso pré auricular, sob anestesia geral e intubação traqueal (FIGURA 4 e 5). Após o procedimento não houve comprometimento de nenhum ramo do nervo facial, assim como foi relatada a ausência da dor e melhora da função por parte da paciente. O exame histopatológico sugeriu o diagnóstico de um melanoma pouco diferenciado.

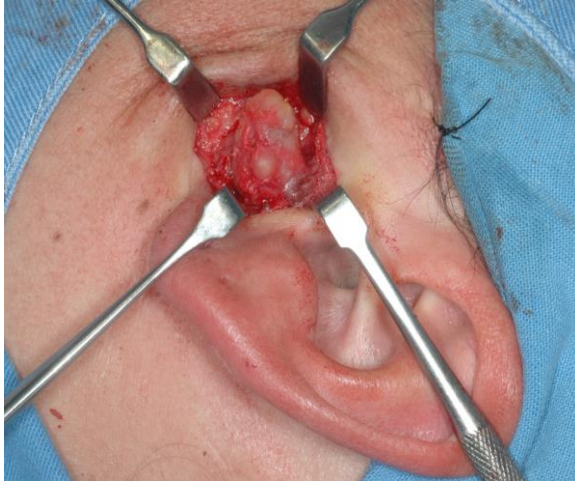


FIGURA 4 - NÓDULO A SER BIOPSIADO

FONTE: PAOLA F.C.L. CORSO (2015)

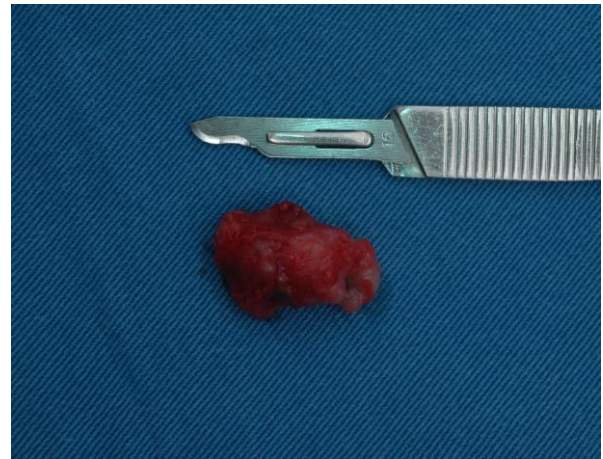


FIGURA 5 - PEÇA ANATÔMICA REMOVIDA

FONTE: PAOLA F.C.L. CORSO (2015)

Atualmente a paciente está em acompanhamento em hospital oncológico, onde a biópsia de linfonodo sentinela foi realizada, o que permitiu a identificação do envolvimento ganglionar submandibular. A lesão foi removida por meio de abordagens pré-auriculares e submandibular conduzidas pelo serviço hospitalar. Não foi necessária a submissão a outros procedimentos de apoio, como quimioterapia ou radioterapia e medicamentos específicos. A paciente está em acompanhamento pós-operatório, sem novas recorrências.

3 DISCUSSÃO

A DTM é definida pela Academia Americana de Estudo da Dor como um conjunto de distúrbios que envolvem a ATM, os músculos mastigatórios e estruturas associadas.^[5] Estimativas apontam que 60 a 70% da população tem pelo menos 1 sinal ou sintoma de DTM, porém somente 5% de fato necessita de tratamento.^[27] Os sinais mais comuns da disfunção são ruídos articulares, limitação e/ou incoordenação de movimentos mandibulares, dor na função e sensibilidade muscular e/ou da ATM.^[27] Já os sintomas mais frequentes são dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e no ouvido, assim como manifestações otológicas (zumbido, plenitude auricular, vertigem).^[7,20] No entanto, outras injúrias que acometem o segmento orofacial podem produzir sintomas muito semelhantes aos de DTM, gerando confundimentos.^[25]

No caso apresentado neste artigo, a paciente relatou dor à palpação na região pré-auricular, sintomas dolorosos para mastigar e durante a abertura da boca, seguido de limitação no movimento de abertura e lateralidade direita. Estes sinais e sintomas podem nos levar a crer em um diagnóstico de disfunção temporomandibular, porém não foi isso que a paciente apresentava. Singh (2014) afirma que o erro frequente dos clínicos é falhar em entender que dor facial, mesmo na presença "óbvia" de DTM, também pode estar relacionada a uma doença maligna.^[25] Assim como devemos estar atentos a diagnósticos diferenciais, uma vez que o paciente não responda a uma terapia inicial.

Koole et.al. (1996), sugeriu que existem outras doenças que podem causar sintomas muito semelhantes à DTM, especialmente dor.^[13] Dawson et.al. (2008), argumenta que é um erro pensar que a DTM se refere apenas a dor.^[6] A dor é um sintoma comum de deformação estrutural, mas nem todas as deformações estruturais provocam dor. Esta é a razão pela qual o diagnóstico diferencial de DTM deve se atentar aos sinais e sintomas.^[1,6]

As dores tumorais podem imitar a sintomatologia das dores orofaciais, sendo descritas como cortante, queimação, dor maçante, latejante, pressão. Elas podem

referir dor para qualquer estrutura craniofacial regional ou irradiar dor para locais distantes, resultantes de mecanismos nociceptivos, somática e visceral, inflamatória, e mecanismos neuropáticos. Portanto, a dor de câncer deve ser incluída no diagnóstico diferencial de pacientes com dor orofacial inexplicável e intratável. A fisiopatologia deste tipo de dor é complexa e pode envolver inflamação, neuropatia e mecanismos tumorigênicos. A dor pode resultar do câncer primário, sistêmico, ou metastático e pode refletir mudanças em ambos os sistemas nervosos periférico e central.^[23]

De acordo com Gobetti & Turp (1998), Marshall & Mahanna (1997), lesões neoplásicas de estruturas anatômicas adjacentes a ATM muitas vezes produzem mudanças semelhantes à disfunção: ambos podem gerar dor pré-auricular ou dor muscular irradiada, limitação e desvio na trajetória mandibular e sintomas auditivos.^[10,15] Estas são condições que estão envolvidas na maioria dos casos de ausência da redução de sintomas após o tratamento habitual para as disfunções. O atraso no correto diagnóstico leva ao comprometimento do sucesso final do tratamento.^[15]

Para escolher a melhor terapia é muito importante o processo do diagnóstico diferencial, o que muitas vezes representa um desafio clínico. De acordo com Miranda & Viola (1998), na tentativa de um diagnóstico inicial de uma possível disfunção na ATM, é mais importante um exame clínico completo e uma história clínica detalhada e testes simples, como ouvir e palpação digital de imagem e testes de laboratório.^[16] Devido ao grande número de doenças que têm padrões de dor semelhantes na cabeça e pescoço, os dentistas devem considerar não somente doenças relacionadas ao sistema mastigatório no processo.^[21]

O diagnóstico de tumores malignos localizados no pescoço e na cabeça é difícil. Este fato está relacionado com a sua localização profunda e seus sintomas que são muito semelhantes às encontradas nas diversas dores orofaciais, inclusive nas disfunções temporomandibulares. Morimoto et al. (2013) ressalta que é comum diagnosticar de maneira equivocada uma dor tumoral como uma disfunção, tendo em vista que a DTM é muito comum na prática clínica.^[18] Os pacientes com sintomas atípicos de dor facial, incluindo sinais neurológicos, devem fazer uma investigação

mais profunda dos sintomas, usando técnicas avançadas de imagem para determinar sua origem.^[17]

Kruse et.al. (2010) realizaram uma revisão da literatura entre 1954 e 2008 em relação metástases para a ATM.^[14] No total, 48 pacientes foram encontrados e em 28 pacientes era conhecida história prévia de neoplasia maligna. Na revisão da literatura, dor local na área da ATM ou estruturas vizinhas foi mencionado em 21 dos 48 casos como sintoma principal, seguido por inchaço em 15 casos. Disfunção da ATM foi descrito em 11 casos, trismo em 10, e má oclusão em 2 casos. Em apenas 1 caso, uma fratura patológica foi encontrada.^[14]

Morimoto, et. al. (2013) relataram um caso de uma paciente com melanoma maligno cuja sintomatologia era exclusivamente dor ao abrir a boca. O rosto da mulher era simétrico, e não observaram qualquer desvio mandibular quando sua boca estava aberta. Na tomografia computadorizada eles notaram que o côndilo mandibular esquerdo estava reabsorvido e 10 meses depois a paciente veio a óbito. Tumores na ATM (compreendido como originado na ATM, derivado de órgãos vizinhos invadindo a articulação ou tumores metastáticos) são extremamente raros, podendo derivar da glândula parótida, o que é o mais comum, assim como de tumores orais, maxilares e da região da faringe.^[18]

Singh (2014), descreve o caso de uma senhora de 75 anos com dor no lado direito da mandíbula, dor no músculo temporal e parestesia. Ela foi tratada com terapia conservadora para DTM com insucesso. Após exame de ressonância magnética da face, foi possível observar uma massa na base da língua, com possível metástase no cérebro. No exame histopatológico foi constatado que a lesão se tratava de um melanoma metastático. O autor chama atenção para a solicitação de exames de imagem avançados e uma investigação maior em casos que se apresentam sintomas neurológicos.^[25]

Na literatura, outra neoplasia cuja sintomatologia se assemelha a uma DTM são dos casos de melanoma maligno no conduto auditivo externo. Gowthami et. al. (2014) relataram um caso de uma mulher de 11 anos que apresentou uma história de dor e inchaço atrás da orelha direita, no qual foi constatado uma lesão esférica na região auricular direita.^[11] Ayadi et. al. (2002) relatou um caso em que um homem de 65 anos apresentou uma história de uma massa dolorosa na orelha esquerda por

dois anos, com o aumento recente no tamanho da lesão e perda auditiva ipsilateral.^[1] Outros estudos também relatam outros tipos de lesão associada a metástase na região da ATM, como Smolka et. al. (2004) no qual um homem de 67 anos de idade foi diagnosticado com adenocarcinoma gástrico da cárdia com metástase para a articulação.^[26]

O Melanoma é o terceiro tipo de câncer de pele mais comum, e é responsável por 5% do tumor maligno cutâneo. Aproximadamente 20-30% de melanomas cutâneos, surgem na região da cabeça e pescoço e destes cerca de 7% a 14% estão localizados no ouvido externo.^[2,19,22] É relativamente rara na mucosa e membrana mucosa do seio maxilar, mesmo assim alguns relatórios têm indicado que pode metastizar para dentro da boca. Metástases para a cavidade oral representam apenas 1-8% de todas as neoplasias malignas orais.^[14,18]

O tipo de melanoma mais agressivo é a variante nodular, que é de rápido crescimento, pigmentação escura e invade a derme já no início do curso da doença.^[3,22,24] As lesões são em geral encontrados em áreas periféricas da orelha e normalmente são superficiais. No entanto, Hudson et. al., em seu estudo, observou penetração mais profunda em lesões mais espessas localizadas no ouvido externo em comparação com melanoma maligno de outras áreas da cabeça e pescoço.^[12] A falta de tecido subcutâneo do pavilhão auricular, pode contribuir para a facilidade de invasão e mau prognóstico identificada em vários relatórios.^[22]

4 CONCLUSÃO

O conhecimento das diversas dores orofaciais e o cuidado clínico durante o processo semiológico são essenciais, uma vez que a dor tumoral tem sido correlacionada com o aumento da morbidade e diminuição da qualidade de vida dos pacientes. Compreender os mecanismos de dor e estabelecer o diagnóstico correto traça um plano de tratamento confiável para o alívio do sofrimento do paciente, evitando procedimentos desnecessários e aumentando as chances de um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez-Arenal A, Gonzalez-Gonzalez I, Estrada MM, deLlanos-Lancharesi H, Costilla-Garcia S. Temporomandibular disorder or not? A case report. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice* 2015;0:1-6
2. Ayadi K , Wachuku E, Letaief H, Mokrani, Jouini S. Primary Malignant Melanoma of the External Auditory Canal: CT Features. *Annals of Saudi Medicine* 2002;22:3-4.
3. Benmeir P, Baruchin A, Weinberg A. Rare sites of melanoma: melanoma of the external ear. *J Craniomaxillofac Surg* 1995;23:50-3.
4. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista Odontologica de Araçatuba* 2013;34:20-26.
5. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod* 2010;15:114-20.
6. Dawson PE. Oclusão funcional da ATM: Da ATM ao Desenho do Sorriso. 1st ed. Santos (SP): Santos Editora; 2008.
7. Diniz MR, Sabadim PA, Leite FP. Psychological factors related to temporomandibular disorders: an evaluation of students preparing for college entrance examinations. *Acta Odontol Latinoam* 2012;25:74-81.
8. Fernandes GM, Bergmann A, Oliveira JF. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós operatórias. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço* 2013;42:140-49.
9. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maniglia JV, Rodrigues CDS, Pavarinos EC, Goloni-Bertollos EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento 2013;79:239-47.
10. Gobetti JP, Turp JC. Fibrosarcoma misdiagnosed as a temporomandibular disorder. A cautionary tale. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;85: 404-09.
11. Gowthami C, Kumar P, Ravikumar A, Joseph LD, Rajendiran S . Malignant Melanoma of the External Auditory Canal. *J Clin Diagn Res* 2014;8:04-06.
12. Hudson DA, Krige JE, Strover RM. Malignant melanoma of the external ear. *Br J Plast Surg* 1990;43:608-11.

13. Koole R, Steenks MH, Witkamp TD, Slootweg PJ, Shaefer J. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1996;25:203-205.
14. Kruse ALD, Luebbbers HT, Obwegeser JA, Edelmann L, Graetz KW. Temporomandibular disorders associated with metastases to the temporomandibular joint: a review of the literature and 3 additional cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110:21-28.
15. Marshall JA, Mahanna GK. Cancer in the differential diagnosis of orofacial pain. *Dent Clin North Am* 1997;41:355-65.
16. Miranda, ME, Viola MJ. Disfunções na ATM: conceito, diagnóstico e tratamento. *Ver Gaúcha Odont* 1998;36:443-48.
17. Mravak-Stipetic M. Differential Diagnostics of painful conditions of oral mucosa. *Medical Sciences* 2010;34:55-73.
18. Morimoto Y, Hamada S, Ogura T, Nakahara H, Enomoto A, Uchihashi T, Hiraoka S, Kogo M. A case of malignant melanoma discovered as a result of metastatic disease of the temporomandibular joint. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology* 2013;25:74-78.
19. Neville BW, Allen CM, Damm DD. 2 nd ed. Rio de Janeiro (RJ). *Patologia: Oral & Maxilofacial*. Guanabara Koogan, 2004.
20. Okenson JP. *Dor orofacial, guia de avaliação, diagnóstico e tratamento*. São Paulo (SP): Quintessence Editora, 1998.
21. Pinheiro AHN, Sá NA, Silva FC, Simão KA. Diagnóstico diferencial e tratamento conservador da DTM de origem intra-articular. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial* 2002; 2:248-52.
22. Rodriguez C, Khachemoune A. Pigmented lesion on the ear. *The Journal of Family Practice* 2004;53:541-44.
23. Romero-Reyes M, Teruel A, Ye Y. Cancer and Referred Facial Pain. *Curr Pain Headache Rep* 2015;19:37
24. Sand M, Sand D, Brors D, Altmeyer P, Mann B, Bechara FG. Cutaneous lesions of the external ear. *Head & Face Medicine* 2008; 4:2.
25. Singh S, Desai B, Laskin D. Metastatic melanoma misdiagnosed as a temporomandibular disorder: a case report and review of the literature. *J Am Dent Assoc*. 2014;145:1052-7.
26. Smolka W, Brekenfeld C, Buchel P, Iizuka T. Metastatic adenocarcinoma of the temporomandibular joint from the cardia of the stomach: a case report. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004;33: 713-15.

27. Suma S, Veerendra B, Kumar. Temporomandibular disorders and functional somatic syndromes: Deliberations for the dentist. .2012;4:529-36.
28. Zakrzewska JM. Facial Pain: an update. Curr Opin Support Palliat Care. 2009; 3:125-30.
29. Zakrzewska JM. Differential diagnoses of facial pain and guidelines for management. British Journal of Anaesthesia. 2013;111: 95–104.